49e Année, IIIe Série, t. III. NUMERO 14 7 avril 1881.

JOURNAL
DES
CONNAISSANCES MÉDICALES
PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS
FONDÉ PAR LE Dr CAFFE
Publié par V. CORNIL
Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE
Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le N° : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

Se vend chez tous les libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 13, rue de l'École-de-Médecin, qui reçoit les abonnements.

La séance de l'Académie.

La journée sera chaude, disait-on ; aussi les bancs de l'Académie étaient-ils chargés d'auditeurs plus ou moins passionnés ; vaccinateurs et antivaccinateurs, marquaient les coups et donnaient, malgré le règlement, des marques d'approbation ou de désapprobation.

M. Fauvel a eu, ce nous semble, la dent un peu dure dans sa réponse à M. Depaul. Plus d'un mot devrait disparaître de cette philippique et sauvegarderait ainsi plus complètement les allures académiques que l'auteur a données à son travail.

Ce n'est vraisemblablement pas la dialectique de M. Fauvel qui fera revenir M. Depaul sur ses scrupules, c'est plutôt l'idée de combattre entre MM. J. Guérin et Raspail. M. Depaul doit à l'heure présente, s'il a confessé son erreur, trouver que le châtiment est disproportionné à la faute. Songez donc ! M. Depaul et M. J. Guérin du même avis ! Cela ne s'est jamais vu et probablement ne se reverra jamais.

M. Hervieux a remporté un insuccès des plus complets en proposant à l'Académie de lui donner lecture d'une consultation de vingt-cinq minutes de longueur, due à la plume d'un magistrat aussi éminent que prolixe. L'Académie effrayée a reculé devant une semblable proposition. En présence du peu d'enthousiasme qu'il provoquait, M. Hervieux a remporté sa ..... déconvenue et son manuscrit.

M. J. Guérin n'y a pas été par quatre chemins, il a fait à la vaccine un de ces bons procès dans lesquels il est passé maître et qu'il perdra comme toutes les causes qu'il a défendues. Les antivaccinateurs l'ont vigoureusement applaudi.

Nos lecteurs ont sans doute remarqué que M. Péan ne figurait pas sur la liste des candidats dans la section de médecine opératoire. Les membres de cette commission ont peut-être été d'avis qu'il n'opérait pas bien, ce qui après tout serait scientifique et défendable ; peut-être encore trouverait-on en cherchant bien d'autres raisons. M. Péan a pris immédiatement sa revanche et quarante-huit académiciens ont demandé son addition à la liste des candidats. Que va dire la commission ? Si les signataires de M. Péan se retrouvaient un jour ou l'autre devant l'urne, le chirurgien de Saint-Louis pourrait bien entrer à l'Académie bannière déployée contre vents et marées !

Le nombre des candidats au titre de membre associé libre était si considérable, la liste si pléthorique, que la commission a jugé une amputation nécessaire et elle a supprimé le nom de trois postulants.

Savez-vous sur qui a porté cette proscription ? Je vous le donne en mille ! Sur les membres de la presse médicale ! C'est flatteur ! Ce sont les journalistes qui, tressant des couronnes aux académiciens, les traitent d'éminents et d'illustres, font leur réputation, leur donnent la publicité dont ils sont si friands et, pour les récompenser de tant de services rendus, on les élimine comme de simples Ruy-Blas ! Ingrats ! Que seriez-vous sans nous ?

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NECKER.

Leçon sur la tuberculose,

Par le Dr Grancher, médecin de l'hôpital Necker.

Sur la demande de M. le professeur Trélat, M. Grancher, dont nous avons tous pu apprécier les remarquables travaux sur la tuberculose, vient de faire, sur ce sujet, une leçon magistrale qui résume brièvement l'état actuel de cette importante question.

Nous en reproduisons ici les traits principaux.

L'histoire de la tuberculose a, depuis Laënnec, passé par deux grandes phases qu'il est utile de connaître. Déjà avant lui, Bayle avait, par d'importants travaux, fixé l'attention sur ses diverses formes anatomiques, mais c'est surtout depuis les remarquables recherches de Laënnec que cette question est entrée dans une voie véritablement scientifique. L'œuvre de l'immortel auteur du traité de l'auscultation médiate se compose de deux parties distinctes : la première comprend toutes ses recherches relatives à l'anatomie pathologique : c'est là le côté parfait, exact de son œuvre, les travaux modernes ont confirmé l'exactitude de ses descriptions ; la seconde comprend ses théories : c'est là le côté faux de sa doctrine, en partie du moins. Laënnec, en effet, croyait à la spécificité et à l'incurabilité du tubercule et de la tuberculose ; or les recherches histologiques et cliniques faites dans ces dernières années démontrent, au contraire leur curabilité. Laënnec avait bien vu et bien décrit les diverses formes anatomiques du tubercule : tubercule miliaire, tubercule cru, etc., formes diffuses, infiltrées, etc., et il a eu le mérite incontestable de démontrer l'existence de l'unité de la tuberculose ; c'est là le côté remarquable et vrai de sa doctrine.

L'école allemande, et en particulier Reinhardt et Virchow, s'efforça bientôt de détruire la théorie de l'unité de la tuberculose et de soutenir la dualité de la phthisie. Pour eux, en effet, tout ce qui n'était pas granulation n'appartenait point à la tuberculose. Ayant rencontré un certain nombre de foyers caséeux plus ou moins étendus sans granulations, ils admirent deux sortes de phthisie : l'une tuberculeuse, ayant pour élément primitif le tubercule ; l'autre, la phthisie caséeuse qui pouvait se développer indépendamment de toute granulation. De plus, pour Virchow, le tubercule étant un néoplasme pauvre, misérable, incapable d'organisation et fatalement voué à la destruction, l'incurabilité de la phthisie paraissait chose démontrée.

En France, cette théorie de la dualité de la phthisie ne fut point généralement admise, et la plupart des cliniciens défendirent, au sein de l'Académie de médecine et de la Société médicale des hôpitaux, la théorie de Laënnec sur l'unité de la phthisie. Villemin, dans ses expériences d'inoculation, vint, de son côté, apporter de nouvelles preuves en faveur de cette dernière opinion.

Enfin les travaux des histologistes modernes sont venus démontrer l'unité de la tuberculose en même temps que sa curabilité (1). Les descriptions anatomiques de Laënnec réapparaissent donc telles que cet auteur les avait faites ; mais, par contre, sa théorie de la spécificité et de l'incurabilité du tubercule ne peut plus être aujourd'hui admise.

Le tubercule est histologiquement curable. Pour arriver à l'état adulte, il lui faut un certain temps, et, avant de devenir visible à l'œil il passe par une phase microscopique, phase qui, par une raison facile à saisir, était complètement inconnue de Laënnec, et que Virchow n'a pas étudiée, car il a surtout décrit l'histologie des granulations tuberculeuses arrivées à l'état adulte.

Lorsqu'on examine un épiploon tuberculeux, semé çà et là de granulations, on peut voir, en différents points, toutes les phases que parcourt le tubercule embryonnaire pour arriver à l'état adulte, à l'état de granulation tuberculeuse. Autour d'un petit vaisseau, il se fait tout d'abord une *accumulation de cellules embryonnaires*, aspect qui n'a rien de caractéristique, puisqu'on le retrouve dans toute inflammation de quelque nature qu'elle soit. Mais bientôt, en un point, on découvre une agglomération plus

(1) Voir Grancher : De l'unité de la phthisie, Paris, 1873 ; Congrès des sciences médicales de Genève (9 au 15 septembre 1877) ; Archives de physiologie, 1878, 2e série, p. 1, t. V ; Gaz médic. de Paris, 1878, p. 287 et séq. Voir aussi : Journal des Connaissances médicales, n° 32 et 33 1880, notre article sur la curabilité de la phthisie.

dense, plus compacte de ces cellules embryonnaires, et déjà on peut voir au milieu d'elles cette production spéciale, cette cellule géante, sur la nature de laquelle on est encore loin d'être définitivement fixé; si cette agglomération se fait près ou au niveau même d'un petit vaisseau, il apparaît plus ou moins oblitéré. C'est la phase de *nodulation*. Enfin la troisième phase, vraiment caractéristique, va bientôt apparaître; on aperçoit alors le tubercule primitif de Köster, le follicule tuberculeux de Charcot; peu importe, du reste, la dénomination. Il est constitué par une cellule géante qui ordinairement occupe le centre de la petite masse, puis autour se voient des cellules plus ou moins altérées, *vitreuses*, et enfin à la périphérie se trouve la zone embryonnaire. C'est la phase microscopique du tubercule. Des trois stades précédents, les deux premiers ne sont point encore caractéristiques, le troisième le devient: c'est le *tubercule embryonnaire*. Chacune de ces phases devient donc de plus en plus caractéristique de la tuberculose.

Le tubercule embryonnaire, arrivé à cette période, peut subir indistinctement, dans son évolution ultérieure, la *transformation caséeuse* ou la *transformation fibreuse*.

Quand il doit suivre l'évolution caséeuse, les follicules tuberculeux se groupent, se réunissent; de leur conglomération résulte une nouvelle unité qui caractérise dès lors la tuberculose d'une manière incontestable, c'est le tubercule de Laënnec, de Virchow, de tous enfin, qui s'est développé. Son volume est excessivement variable; entre celui d'un grain de mil et celui d'un pois ou même davantage, on peut trouver tous les intermédiaires. C'est le *tubercule géant*; il résulte de la conglomération de 6, 10, 20 follicules tuberculeux. Le volume diffère, mais la structure en est la même. Au centre, on rencontre la masse la plus ancienne, jaunâtre, caséifiée; tout autour, on distingue nettement les follicules tuberculeux avec leur cellule géante et leurs cellules vitreuses; enfin le tout est enveloppé par une zone de cellules embryonnaires, zone qui est devenue la partie importante, puisque, suivant l'évolution qu'elle subira, le tubercule pourra s'accroître aux dépens des tissus voisins, ou au contraire se cicatriser en enveloppant dans une zone fibreuse la petite masse centrale en voie de dégénérescence. C'est là le tubercule de la phthisie commune, celui qui se développe le long des bronchioles, des canaux séminifères, etc., en général le long des vaisseaux et des conduits. Dans le poumon, c'est au niveau d'une petite bronche qu'on le voit apparaître, c'est là qu'il va évoluer, croître; envahir d'abord une alvéole, un lobule, former d'abord une caverne lobulaire qui, consécutivement, pourra s'étendre à plusieurs lobules, à un lobe même. Il est mal délimité, jaunâtre; il présente une tendance toute spéciale à la caséification et à la destruction; c'est un tubercule d'organe, poumon (bronches), testicule (canaux séminifères), qu'il pourra envahir en partie ou en totalité, et transformer en un bloc caséeux.

Si le malade ne succombe pas à la période de caséification ou au ramollissement de la masse caséeuse, on pourra voir se développer une nouvelle phase ou plutôt une autre forme du tubercule: c'est la *granulation grise*. La granulation grise est histologiquement constituée de la même façon que le tubercule cru, le tubercule géant; il est formé par la conglomération de follicules tuberculeux; sa structure est la même. Toutefois la granulation grise est plus arrondie, plus limitée, demi transparente; elle n'offre pas cette coloration jaunâtre du tubercule cru, de la granulation jaune. Cette différence tient en grande partie à la disposition des éléments; dans la granulation grise, en effet, la zone périphérique est très riche en cellules embryonnaires et en tissu conjonctif jeune, et au contraire fort pauvre à son centre en éléments caséeux. Le premier, le tubercule miliaire jaune, le tubercule géant, est un tubercule d'organe qui évolue en quelque sorte sur place; le second, la granulation grise, est un tubercule de vaisseaux qui, par les voies circulatoires et surtout les voies lymphatiques, va semer la tuberculose dans toute l'étendue des poumons ou dans toute l'économie. La première variété du tubercule paraît surtout se rencontrer dans la tuberculose locale; c'est de la seconde que paraissent dépendre les diverses formes de tuberculose généralisée; c'est cette dernière qu'on pourrait appeler « la graine de diathèse ».

Enfin la troisième phase d'évolution du tubercule est l'*évolution fibreuse;* le tubercule se transforme alors en une masse scléreuse et inoffensive. C'est un tubercule fibreux, un tubercule de guérison. Cette évolution fibreuse n'est pas une modification de hasard, c'est une période naturelle du développement du tubercule. Toute granulation qui se développe lentement tend à devenir fibreuse et à guérir. Il ne faudrait cependant pas croire que le tubercule embryonnaire aboutisse nécessairement au tubercule fibreux, il peut au contraire, et c'est là malheureusement le cas le plus fréquent, devenir caséeux et conduire à la destruction plus ou moins complète des tissus. Le point de départ est le même, l'évolution et la terminaison sont différentes, l'une conduit à la guérison du tubercule, l'autre au ramollissement et à l'ulcération du poumon avec toutes ses conséquences.

En résumé l'évolution du tubercule comprend trois phases distinctes:

1° Phase microscopique composée de trois stades: infiltration, nodulation, tubercule embryonnaire (follicule tuberculeux);

2° Phase macroscopique, état adulte, comprenant deux variétés de tubercule:

a). Tubercule cru, granulation miliaire jaune, tubercule géant, etc.; c'est un tubercule d'organe;

b). Granulation grise, tubercule de généralisation;

3° Phase fibreuse: tubercule fibreux.

Il est dès lors facile de comprendre combien seront différentes les diverses manifestations cliniques de la tuberculose, suivant la variété du tubercule, suivant son degré et son mode de développement suivant sa localisation ou sa généralisation, suivant enfin sa rapidité d'évolution.

Prenons un exemple de phthisie commune et suivons l'enchaînement pathologique dès le début. Voici un phthisique de 25 à 30 ans, atteint d'énormes cavernes pulmonaires. Son histoire peut se résumer en trois stades: scrofuleux pendant l'enfance, il est devenu tuberculeux vers l'adolescence, et phthisique à l'âge adulte. Dès sa première enfance, il a eu des gourmes, des ophthalmies répétées, des taies cornéennes, etc.; plus tard, des adénites suppurées, des écrouelles. Puis, plusieurs bronchites se sont succédé; la toux est devenu permanente, la tuberculose s'est mise à évoluer et il finit par mourir phthisique, épuisé par la fièvre hectique, ou bien il succombe à la suite de quelque complication méningitique ou d'une poussée de phthisie aiguë. Anatomiquement, ce malade a passé par toutes les phases du tubercule. Dans les premières années, il n'a présenté que des altérations scrofuleuses superficielles qui bientôt sont devenues plus profondes. Vers 7 à 8 ans, il a commencé l'évolution tuberculeuse. Si on pouvait effectivement examiner les ganglions cervicaux, alors que le malade est atteint d'une de ces poussées d'adénites souvent passagères et si fréquentes chez les scrofuleux, on y trouverait déjà cette accumulation de cellules embryonnaires, cette nodulation avec ses cellules géantes qui constituent les deux premiers stades de la phase microscopique. Jusque-là, la lésion est indifférente et nullement pathognomonique; c'est en quelque sorte de la tuberculose à peine esquissée. C'est ce que l'on trouve dans ces adénites passagères, ni caséeuses, ni suppurées. Mais que l'évolution aille plus loin, que les ganglions se

caséifient ou suppurent, ce ne sont plus ces lésions indifférentes du début, mais c'est du tubercule adulte qui a évolué, qui s'est caséifié, qui s'est ramolli pour aboutir à la réparation et à la guérison, et, lorsque l'ouverture s'est faite au dehors, à la formation de ces cicatrices cervicales pathognomoniques des écrouelles. Bientôt enfin la tuberculose pulmonaire évolue à son tour.

Ce n'est point seulement dans ces adénites scrofuleuses qu'on a rencontré des tubercules, mais aussi dans les bourgeons charnus des tumeurs blanches dont, pour un grand nombre, on a fait des arthrites tuberculeuses. De même, dans certains abcès froids, dans les gommes scrofuleuses, on trouve là toutes les périodes d'évolution du tubercule jusqu'à la phase adulte. Mais dans tous les cas, c'est une évolution qui se fait sur place, se caséifie, suppure, se cicatrise, sans provoquer, souvent pendant longtemps, la généralisation de la tuberculose, sans donner naissance à la granulation grise, à la « graine de diathèse ». Ce sont là des tuberculoses locales qui se manifestent chez les scrofuleux, et précédent souvent la tuberculose générale.

Mais faut-il partir de ces découvertes récentes pour identifier la scrofule et la tuberculose, pour fusionner ces deux grandes diathèses. Ce serait assurément aller au delà des données que fournit l'histologie et effacer les grandes lignes de l'observation médicale (1). Il faut maintenir entre la scrofule et la tuberculose, la distinction que, depuis nombre d'années, les cliniciens ont établi, tout en reconnaissant qu'elles ont de nombreux points de ressemblance et que souvent elles s'associent l'une à l'autre. Pour M. Grancher, celui-là seul mériterait le nom de tuberculeux qui serait porteur de tubercules adultes ou tubercules parfaits. Si au contraire le processus s'arrête aux stades inférieurs, malgré sa parenté avec le tubercule, il faut lui donner un nom qui lui soit propre, et celui de *scrofulome* convient à tous les égards. Le scrofulome et le tubercule sont donc séparés par l'âge et le degré de développement; ils sont réunis par leur tendance commune à la caséification et à la sclérose. Ils ont ainsi, comme les deux diathèses elles-mêmes, leur indépendance sur un terrain commun. Cette distinction est certainement quelque peu artificielle, ainsi que les limites qui séparent chaque variété de tubercule et les tubercules d'avec le scrofulome; mais dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de concilier autrement les données qu'a fournies la clinique avec les découvertes récentes de l'histologie.

De toutes ces considérations, ce qui ressort de plus important est que, contrairement à l'opinion courante, la tuberculose est une affection curable. La clinique et l'histologie ont démontré la réalité de cette curabilité, et c'est là une des meilleures acquisitions des travaux modernes. Virchow dans sa description du tubercule avait négligé la zone périphérique, laquelle appartient nettement au tubercule; c'est en quelque sorte la zone la plus importante puisque c'est de son évolution que dépendra en grande partie la marche du processus pathologique; c'est la zone curatrice par excellence. Aussi M. Grancher qui en a montré toute l'importance a-t-il défini le tubercule : une *néoplasie fibro-caséeuse.*

Un autre progrès, réalisé dans ces dernières années, est la connaissance plus exacte des phases d'évolution du tubercule, et en général de toute cette classe de productions pathologiques qui s'étend depuis le tissu de granulation le plus simple qui peut devenir caséeux, mais qu'un traitement bien approprié fera disparaître en quelques semaines (adénite scrofuleuse), jusqu'au tubercule à fonte rapide, qui creuse en trois semaines, dans un poumon, de vastes cavernes. Enfin les recherches récentes relatives aux « tuberculoses locales » semblent avoir totalement renversé la grande loi de Louis.

(1) Voir Grancher : article Scrofule du Dict. encyclop. des sciences médicales, t. VIII, p. 305.

En résumé ce qu'il faut surtout retenir, tant au point de vue de l'intervention chirurgicale qu'à celui de l'intervention méd cale, c'est *la curabilité du tubercule.* Dr Ch. Leroux.

HYDROLOGIE

Les indigents aux eaux minérales.

Il y a quelques dix ans, à l'époque de ma première campagne contre l'inspectorat, j'eus avec un administrateur haut placé et fort galant homme un entretien plein d'enseignements sur la question du service des pauvres aux eaux minérales. Les choses ont peu changé depuis ce temps, et peut-être ne sera-t-il pas inutile de reproduire une discussion qui a du moins le mérite de bien faire mesurer la portée de la plus spécieuse des objections opposées aux revendications des médecins libres.

— Voyez-vous, me disait mon interlocuteur, ce qui rend les inspecteurs nécessaires, c'est la question des indigents. Il faut bien que les pauvres qui viennent aux eaux, ou qui sont envoyés par les communes, soient assurés de trouver là un médecin à qui ils puissent s'adresser.

— Mais ils peuvent s'adresser à celui qu'il leur plaira de choisir; aucun ne leur refusera ses avis. Dans la station où j'exerce, tous les médecins, sans exception, revendiquent l'honneur de donner gratuitement des soins aux indigents.

— Je le sais, et je sais qu'il en est de même dans toutes les stations où les médecins sont nombreux, mais beaucoup de petites stations ne possédant qu'un seul médecin...

— Eh bien, dis-je en l'interrompant, ce médecin, unique, a-t-il refusé quelquefois de soigner les indigents?

— Jamais.

— Avez-vous, dans vos dossiers, des plaintes à ce sujet?

— Aucune.

— Alors, je ne comprends pas vos plaintes, je l'avoue.

— C'est que vous ne vous placez pas au point de vue de l'administration. Supposons donc qu'il n'y ait, auprès d'une station, qu'un seul médecin et que, non point par mauvaise volonté ni de parti pris, mais simplement par négligence, ce médecin ne fasse pas ou fasse mal le service des indigents, que pourrons-nous lui dire, nous, administration? Rien, s'il ne nous appartient pas. Tandis que s'il est inspecteur, nous avons le droit, l'ayant nommé, de le rappeler à l'observation de ses devoirs.

— Très bien. Je comprends maintenant; mais tout cela est une pure fiction.

— Comment, une fiction? En administration!

— Sans doute, car si votre inspecteur négligent ne tient pas compte de vos admonestations, — cela a dû arriver souvent, — que faites-vous?

Mon interlocuteur me regarda. Je continuai : « Vous ne faites rien du tout, si ce n'est que de renouveler de temps en temps vos plaintes inutiles, de même que les commissions de l'Académie de médecine renouvellent annuellement les leurs contre les inspecteurs qui n'envoient pas les rapports qu'ils doivent également faire, et qu'ils ne font pas; vous n'avez, en effet, jamais révoqué d'inspecteur (à l'époque où se passait ce dialogue, les inspecteurs étaient aussi inamovibles que les magistrats, et même davantage). Dès lors, j'ai raison de dire que l'obligation de soigner les indigents, étant dépourvue de sanction, est absolument fictive; vous êtes satisfaits d'avoir imaginé un fonctionnement à garanties chimériques, et vous vous en faites une arme pour repousser un nouvel état de choses auquel vous reprochez préventivement les mêmes inconvénients qu'offre le vôtre.

— Soit! me dit mon administrateur; mais c'est beaucoup que de pouvoir répondre aux objections : encore que la réponse n'ait

qu'une valeur théorique, nous n'abandonnerons donc notre système que si vous nous en exposez un meilleur. Comment, ne serait-ce qu'en théorie, parerez-vous aux inconvénients dont il s'agit? En d'autres termes, comment, sans fonctionnaires nommés par l'administration, assurerez-vous le service des indigents?

— Les moyens ne manquent pas. D'abord, à toute demande d'exploiter une source, l'autorisation ne sera accordée que sous la condition imposée aux propriétaires ou fermiers d'assurer ce service des indigents. Aux sources peu connues, il ne se présente guère que les indigents de la localité. Pour eux, rien n'est changé; ils s'adresseront ce jour-là à qui ils s'adressaient la veille. Lorsque les communes éloignées envoient leurs indigents à une source, c'est qu'elle jouit déjà d'une certaine notoriété, et alors les propriétaires réclament de l'Etat la reconnaissance d'intérêt publique. Cette reconnaissance sera octroyée ou refusée selon que la condition mentionnée au début aura été remplie ou non : ce sera là une sanction, croyez-moi, fort efficace. Ensuite, remarquez que l'article 11 du décret du 28 janvier 1860 est ainsi conçu : « Ils (les inspecteurs) soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à *moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales.*

Or la plupart des principaux établissements thermaux ont, à côté d'eux, un hôpital, et l'inspecteur, aux termes du décret n'a pas à s'occuper des indigents qui y sont soignés. D'une façon générale, l'administration n'a simplement qu'à charger les préfets de veiller à ce que, dans les stations minérales, le service des indigents ne soit pas en souffrance. Selon les localités, ces fonctionnaires prendront telles mesures qu'ils jugeront nécessaires pour atteindre ce but. L'administration, ayant la haute main sur ses agents responsables, sera sûre que ses intentions seront remplies. C'est la solution qu'avait indiquée déjà, en 1859, avant le décret, — il y a 22 ans, M. le Dr Durand-Fardel, lorsqu'il écrivait : « Les indigents ne sont envoyés dans les établissements que pendant la première et la dernière période de la saison. *L'administration municipale de la station assure autant que possible, leur installation.*

Une polémique, très courtoise d'alleurs, a été récemment soulevée dans la Gazette des Eaux (10 et 17 mars) entre M. Germond de Lavigne et M. le Dr Durand-Fardel sur cette intéressante question du service des indigents aux stations thermales.

Les opinions de M. Durand-Fardel ont une importance trop grande pour qu'elles ne soient pas examinées par là même, et très attentivement. Je vous demande donc la permission d'appeler sur elles les réflexions de vos lecteurs.

M. G. de Lavigne, au cours de l'exposé d'un projet de règlement concernant les eaux minérales, avait dit :

Art. 13. — Les établissements qui ont obtenu la déclaration d'intérêt public admettent gratuitement à l'usage de l'eau minérale et des moyens balnéaires les malades indigents régulièrement envoyée par les administrations départementales.

Art. 15. — Les médecins exerçant dans la station se concertent pour les soins que réclament les malades indigents. »

C'est contre ce dernier article que s'élève M. Durand-Fardel : « En vertu de quelle autorité, dit-il, se concerteront les médecins? Et s'ils ne veulent pas se concerter? Et s'il n'y en a qu'une partie qui consente à le faire? Ce sera sur cette partie que retombera cette charge, à laquelle l'autre partie se sera soustraite.

« Ceux de nos confrères, continue-t-il, qui ont réclamé la suppression de l'inspectorat médical ont déclaré aussi que jamais les indigents ne manqueraient de direction ni de soins. Ils étaient certainement sincères quand ils faisaient une telle déclaration; mais après? Et ceux qui ne l'ont pas faite se trouvent-ils engagés par elle? Je m'étonne que vous (c'est à M. Germond-Lavigne qu'il s'adresse), qui avez l'esprit si pratique, et qui connaissez si bien le fond des choses, vous vous laissiez aller à de telles chimères, et que vous affirmiez : « que réglementer l'assistance médicale serait une injure faite aux médecins. »

Je ne puis reproduire ici, et je le regrette, cet article tout entier. Mais je devais citer au moins le passage principal de l'argumentation de l'auteur. Max. LEGRAND.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 *avril* 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

Correspondance. Elle comprend : 1° un travail manuscrit de M. **Constantin** (de Contre) sur la diphthérie; 2° une note de M. **Mandon** (de Limoges), intitulée : Lypémanie déterminée par un phymosis congénital, guérison des deux affections par un procédé opératoire nouveau, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant; 3° une lettre de M. **Petit**, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie.

M. **Fauvel** lit un travail en réponse au discours de M. **Depaul**, qu'il résume en ces termes :

« Le gouvernement demande à l'Académie si elle est d'avis que la vaccination et la revaccination soient d'un intérêt public assez considérable pour être rendues obligatoires. Votre commission, moins un de ses membres, a répondu sans hésitation par l'affirmative, en restant dans les limites de sa compétence, c'est à dire sur le terrain médical, et en laissant aux juristes le soin de déterminer par quel moyen et jusqu'à quel point l'obligation est applicable. A l'appui de son opinion sur l'intérêt de premier ordre qui s'attache à la vaccination, elle a vu dans l'obligation individuelle, l'obligation corrélative pour les pouvoirs publics de rendre la vaccination d'un accès facile à tous et d'en entourer l'application de toutes les garanties désirables.

« La commission a indiqué les principales réformes à accomplir et a montré que, moyennant un crédit convenable, il serait facile à bref délai d'opérer ces réformes. A ses yeux, c'est la condition *sine qua non* de l'application de la loi. Vous avez entendu l'exposé des motifs pour lesquels M. **Depaul** a refusé de s'associer aux conclusions de la commission, et vous avez remarqué que ces motifs sont tous tirés de considérations étrangères à la question posée à l'Académie et à la compétence de M. **Depaul.** Nous avons la persuasion de les avoir victorieusement combattus, d'avoir montré l'incohérence des arguments invoqués par notre collègue et comment, sous l'empire d'une idée malheureuse, il en est venu à sacrifier ses convictions médicales, c'est à dire les bienfaits de la vaccine.

C'est pourquoi, sans insister davantage, et tout en regrettant de n'avoir pas le concours de notre éminent collègue, je suis convaincu que l'Académie passera outre et adoptera pour ainsi dire par acclamation la réponse favorable proposée par la commission à la demande du gouvernement.

M. **J. Guérin** se déclare l'adversaire de la vaccine obligatoire pour des raisons qui n'ont rien de commun avec celles de M. **Depaul. M. J. Guérin**, considère l'efficacité de la vaccine comme illusoire et ne donnant que des résultats incertains. Un de ses principaux inconvénients est de détourner les médecins d'étudier les causes et la nature de la variole. L'obligation de la vaccine serait en outre un attentat contre la liberté de conscience des médecins. Or, aujourd'hui déjà beaucoup de médecins ne croient plus à la vaccine, le nombre des hérétiques pourra augmenter encore; ceux-là ne voudront pas vacciner et détourneront leurs clients de faire vacciner leurs enfants, ce qui serait rigoureusement leur droit. Il y aurait là matière à des contestations judiciaires connues des pays où la vaccine est obligatoire. M. **J. Guérin** considère que le désaveu de la revaccination obligatoire est une contradiction flagrante. De plus, si on acceptait la revaccination, il serait pour ainsi dire matériellement impossible de la réaliser.

M. **J. Guérin** termine en rappelant l'histoire de l'émétique et du parlement de Paris, et considère que si autrefois il était arbitraire de proscrire l'émétique, il serait aujourd'hui vexatoire de prescrire la vaccine.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *mars* 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

Procès-verbal. — M. **Le Dentu** lit le procès-verbal de la séance du 23 mars.

Correspondance. — Lettre de M. le ministre de l'intérieur invitant la Société de chirurgie à se joindre aux sociétés départementales, dans les réunions annuelles qui doivent avoir lieu à la Sorbonne.

Ostéotomie pour genu valgum. — M. **Terrillon** lit son rapport sur une observation présentée par M. Beauregard (du Havre) : genu valgum traité avec succès par l'ostéotomie.

A ce propos M. Terrillon met en parallèle l'ostéotomie et le redressement brusque, pose les indications de l'une et l'autre méthode; néanmoins il faut reconnaître avec lui que la statistique est trop insuffisante pour qu'on puisse se prononcer.

La discussion s'engage après la lecture de ce rapport. M. **Després** préfère l'ostéotomie au redressement pour deux raisons : d'abord le redressement du genu valgum n'est jamais que provisoire; de plus, les sections osseuses sont toujours suivies de guérison chez les enfants. Insistant à propos du traitement du genu valgum sur sa pathogénie, M. Després pense qu'il est dû à l'élongation primitive des ligaments latéraux internes, l'hypertrophie du condyle interne n'étant que secondaire.

MM. **Tillaux** et **Marc Sée** ne partagent pas du tout l'opinion de M. Després.

Pour M. Tillaux, le redressement peut être définitif; il cite à l'appui de cette manière de voir un cas de sa pratique dans lequel un genu valgum, opéré par le redressement il y a huit ans, a conservé depuis sa rectitude ; il est d'ailleurs prématuré de porter un jugement définitif sur la question.

M. **Marc Sée** fait observer que les ruptures des os avec plaie des téguments ne sont pas aussi inoffensives chez les enfants que le prétend M. Després ; dans ce cas, la méthode antiseptique est nécessaire pour conjurer les accidents; il ne partage pas non plus son avis sur la pathogénie du genu valgum; c'est l'hypertrophie du condyle interne qui est la lésion primitive, les lésions ligamenteuses et tendineuses ne sont que consécutives.

Hernie du muscle jambier antérieur. — M. **Farabeuf** lit un rapport sur une observation de M. Larger et relative à une hernie du muscle jambier antérieur. Il insiste sur la symptomatologie de cette affection et sur son diagnostic différentiel avec les ruptures musculaires.

Les hernies musculaires à travers une éraillure aponévrotique donnent lieu à une tumeur élastique, réductible. Quand le muscle est au repos, cette tumeur fait saillie sous la peau; elle s'affaisse au contraire, s'il entre en contraction ou si on le tend dans le sens de sa longueur. Cette tumeur réduite, on suit facilement avec le doigt les bords de l'éraillure aponévrotique qui a donné issue à la hernie musculaire.

Les ruptures musculaires présentent les signes différentiels suivants : la tumeur qui résulte d'une rupture musculaire se montre par le fait de la contraction musculaire et disparaît au contraire complètement dans l'état de repos du muscle.

M. **Tillaux** s'étonne du soin que M. Farabeuf met à établir ce diagnostic différentiel. La hernie musculaire et la rupture d'un muscle sont deux affections assez différentes pour être facilement distinguées l'une de l'autre.

M. **Le Fort** signale cependant les difficultés de diagnostic en présence desquelles on se trouve dans le cas de rupture incomplète d'un muscle. Un fait qu'il signale de rupture des parties profondes du biceps, et à propos duquel divers chirurgiens avaient fait des diagnostics différents, montre la réalité de cette manière de voir. Le chloroforme amenant la résolution musculaire et faisant disparaître la tumeur indiqua qu'il s'agissait d'une rupture du muscle.

M. **Marc Sée** ne s'explique pas la disparition de la hernie pendant la contraction du muscle. En se contractant le muscle augmente de volume et la saillie à travers l'éraillure devrait plutôt augmenter.

M. **Farabeuf** répond à cette dernière objection que la tension devient plus considérable dans un muscle en contraction, et que cette tension ayant pour résultat de redresser les fibres musculaires fait disparaître la tumeur. Visant l'objection de M. Tillaux, M. Farabeuf fait remarquer qu'il est utile de bien établir les signes différentiels de la hernie et de la rupture musculaires, parce que cette distinction n'est pas faite dans les livres classiques ni dans les travaux qui traitent particulièrement de cette question.

M. le professeur **Trélat** fait observer que la rupture d'un muscle ne s'accompagne pas toujours de tumeur et que par conséquent, pour les cas rapportés par M. Farabeuf, il préférerait au mot rupture musculaire l'expression de tumeur musculaire par rupture.

Restauration de la sous-cloison. — M. **Terrier** fait un rapport verbal sur un procédé imaginé par M. Demons (de Bordeaux), pour la restauration de la sous-cloison. Ce procédé consiste à tailler sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane deux petits lambeaux quadrilatères adhérents seulement par leur bord labial.

Ce procédé fut appliqué dans un cas où la sous-cloison avait été entièrement détruite par une ulcération allant du lobule du nez au bord adhérent de la lèvre supérieure.

Névromes traumatiques. — M. **Dupouy** (de Rochefort) lit une observation sur un cas de névromes traumatiques consécutifs à une désarticulation de l'épaule et dont l'extirpation fut suivie d'une rapide guérison. A ce propos, il insiste sur l'utilité dans les amputations de réséquer les nerfs le plus haut possible, afin d'éviter leur enclavement dans la cicatrice et le développement ultérieur des névromes.

Traitement de l'anthrax. — M. le professeur **Le Fort** fait une communication sur la méthode adoptée par lui dans le traitement des anthrax. L'incision cruciale pratiquée dans toute l'étendue de l'anthrax, il en fait le curage avec la curette de Volkmann. Dans trois cas cette méthode lui a donné des guérisons en sept ou huit jours, dans un cas même la guérison eut lieu en trois jours.

M. **Marc Sée** recommande les incisions sous-cutanées au moyen d'un ténotome introduit en divers points sur la périphérie de l'anthrax, et sectionnant les parties fibreuses qui brident les bourbillons.

MM. **Tillaux** et **Nicaise** font observer que c'est M. A. Guérin qui, le premier, a conseillé les incisions sous-cutanées contre l'anthrax ; mais au lieu de faire ses incisions sur la périphérie il introduisait le ténotome au centre de l'anthrax et le sectionnait sur toute son étendue.

M. **Tillaux** admet deux variétés d'anthrax : les uns indolents ne nécessitent pas d'intervention, pour les autres, très douloureux, il est bon de pratiquer de larges incisions qui calment rapidement les douleurs ; néanmoins elles ont l'inconvénient de provoquer parfois des phlébites ; quant aux incisions prématurées, elles n'arrêtent pas la marche extensive de l'anthrax.

M. **Nicaise** n'a pas d'expérience personnelle sur le curage des anthrax, mais il pratique depuis quelque temps le curage du panaris et cette méthode lui a donné de bons résultats.

MM. **Marjolin** et **Le Dentu** sont très partisans des larges incisions cruciales dépassant les limites du mal.

M. le professeur **Le Fort** se montre partisan des incisions pré-

coces, mais pour qu'elles réussissent, il faut qu'elles dépassent de beaucoup les limites de l'anthrax. Il préfère aux incisions cruciales les incisions à la périphérie ; ces incisions arrêtent d'une manière très efficace la marche envahissante de l'anthrax. Depuis longtemps, il pratique l'incision prématurée dans les furoncles, et toujours il a vu ces derniers avorter dès le premier ou le deuxième jour de leur apparition. Une piqûre de lancette au point culminant du furoncle suffit pour l'arrêter dans son évolution.

Arthrite purulente du genou. — M. **Nicaise** présente un malade qui a été rapidement guéri d'une arthrite purulente du genou. L'articulation ouverte sous le lister a récupéré tous ses mouvements.

Paul Coudray.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par le professeur Vulpian. 1881, Octave Doin, éditeur.

Ces leçons, qui, en partie, avaient été publiées dans le journal l'École de médecine, ont été complètement revues et surtout complétées par M. le professeur Vulpian. Le premier fascicule, comprenant une introduction à l'étude des poisons et des médicaments, et l'étude physiologique du curare et du jaborandi, a seule paru jusqu'alors.

Dans ces leçons, M. Vulpian montre l'inanité de certaines interprétations qui, sous la garantie d'une grande autorité scientifique, auraient pu être prises pour des théories exactes et faire évanouir toute idée de recherches nouvelles sur des sujets intéressants. Comme exemples de ces interprétations, on peut citer les opinions de l'illustre physiologiste français Cl. Bernard sur le mode d'action du curare, de la strychnine, du sulfocyanure de potassium. Ces opinions (au moins celles qu'il a d'abord professées) ont laissé de telles impressions dans la science, qu'aujourd'hui encore il est peu de physiologistes et de médecins qui ne disent et ne répètent, d'après les travaux de Cl. Bernard, que le curare fait mourir les animaux, parce qu'il détruit la motricité des nerfs moteurs ; que la strychnine tue, parce qu'elle abolit la propriété des nerfs sensitifs ; que le sulfocyanure de potassium amène la mort, parce qu'il annihile la contractilité musculaire. Le curare est le poison des nerfs moteurs, il tue ces nerfs ; la strychnine est le poison des nerfs sensitifs, il tue ces nerfs ; le sulfocyanure de potassium est le poison des faisceaux musculaires striés, il tue ces éléments anatomiques. Qui ne connaît ces propositions pour les avoir entendues, ou même pour les avoir énoncées ? Or, ce sont là autant de propositions inexactes, d'erreurs, pour les appeler par leur nom.

Tant qu'on a admis que le curare paralyse les muscles de la vie animale, parce qu'il anéantit la propriété des fibres nerveuses motrices, on a pu croire que l'histoire physiologique de ce poison était à peu près terminée, et qu'il n'y avait plus d'autre inconnue à dégager que celle qui concerne le mode d'influence du curare sur la fibre nerveuse elle-même. Mais des physiologistes sont venus qui ont montré que la paralysie curarique précède l'abolition de l'action des nerfs moteurs sur les muscles, qu'elle a même lieu à un moment où cette action s'exerce avec autant d'énergie que dans l'état normal ; d'autres physiologistes se sont appliqués à prouver que même au moment où, sous l'influence des excitants expérimentaux, les nerfs moteurs ne peuvent plus mettre les muscles en mouvement, l'abolition de la motricité de ces nerfs n'est qu'apparente, et qu'ils ont conservé à ce moment toutes leurs propriétés physiologiques. Il a bien fallu abandonner l'opinion de Cl. Bernard et se livrer à de nouvelles recherches, qui n'ont pas été absolument stériles. Il est juste de rappeler que ce physiologiste avait lui-même reconnu le peu de solidité de sa théorie ancienne sur l'action du curare, et qu'il avait cherché à la modifier ; mais il ne l'avait pas entièrement abandonnée, comme on peut s'en assurer en lisant quelques-uns de ses derniers écrits, et elle est certainement la seule connue, celle qui fait encore loi aujourd'hui. Il était donc utile de donner un certain développement à la réfutation de cette théorie. C'est ce que M. Vulpian a fait dans le cours de ces leçons.

Ces remarques s'appliquent également à la strychnine et au sulfocyanure de potassium. La strychnine n'est pas un poison des fibres nerveuses sensitives ; elle agit, comme on le savait déjà avant les recherches de Claude Bernard, sur la substance grise de la moelle épinière. Quant au sulfocyanure de potassium, il n'a pas d'action élective sur les éléments propres des muscles : il peut tuer les animaux sans avoir modifié, en quoi que ce soit, les faisceaux musculaires primitifs striés.

Ne pouvant entrer ici dans une analyse détaillée, nous nous bornons à une appréciation générale. Le côté expérimental de ces leçons est étudié avec le plus grand soin et présente un intérêt scientifique énorme. Enfin les applications de ces résultats expérimentaux à la thérapeutique donne à ces leçons une double portée scientifique et pratique. Physiologistes et médecins y trouveront beaucoup à apprendre et beaucoup à retenir.

Leçons sur les affections nerveuses locales, par le Dr B. Brodie, traduites par le Dr Douglas Aigre, 1880, A. Coccoz, éditeur.

La première leçon est consacrée à l'étude des affections nerveuses locales en général, des diverses conditions dans lesquelles elles se montrent, hystérie, goutte, fièvres intermittentes, affections médullaires ou nerveuses, etc., des symptômes qui les caractérisent, et enfin des principes qui doivent servir de base au traitement.

Dans la seconde leçon, l'auteur décrit les différentes formes des affections hystériques locales, les arthropathies hystériques, la rachialgie, la rétention d'urine, le tympanisme, l'aphonie, la dysphagie, etc.

Enfin, dans la dernière leçon, l'auteur discute la nature même de l'hystérie, qu'on ne peut évidemment rapporter à une lésion du système cérébro-spinal, puisque dans plusieurs autopsies qu'il a pu pratiquer, il n'a rencontré aucune lésion appréciable de l'axe nerveux ; il pense néanmoins qu'il doit y avoir quelques modifications destructives, peut-être s'agit-il d'un dévoloppement imparfait. En résumé, ces leçons sont intéressantes à lire, mais on y trouve véritablement fort peu d'idées nouvelles.

Traité d'optique considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, par le Dr G. Sous, 1881, Octave Doin, éditeur.

Les données optiques contenues dans la plupart des traités de physique ne suffisent pas aux besoins de la pratique médicale oculaire, car ces traités sont plus particulièrement rédigés en vue du programme du baccalauréat ès sciences, ou en vue d'applications étrangères à notre art. Si, dans quelques-uns, nous trouvons d'utiles notions, elles y sont en petit nombre, écourtées ou insuffisantes, et les questions pour nous les plus importantes y sont passées sous silence.

Pour combler cette lacune et réunir en un volume les principales connaissances d'optique nécessaires à l'examen de l'œil, l'auteur a écrit ce traité, qui répondait à un besoin réel, puisque les exemplaires en ont été rapidement épuisés.

La seconde édition, qui paraît aujourd'hui, est plus complète et plus étendue que la première. On y trouvera de nombreuses additions.

Dans ce livre, l'auteur expose avec un soin tout particulier toute la partie physique qui a trait à la vision.

L'étude de la réfraction, bien que fort étendue, a été simplifiée, autant que possible, relativement aux formules; c'est là un point important, car ces problèmes de réfraction offrent des difficultés assez grandes pour les médecins peu familiarisés avec les mathématiques.

Les chapitres relatifs à l'étude de la lumière et des lois que régissent la marche des rayons lumineux et la formation des images dans les miroirs, plans, sphériques, concaves, convexes, prismatiques, elliptiques, sont traités dans le même esprit. La description des ophthalmoscopes, des phakomètres, des optomètres, etc., présente la même clarté et la même simplicité que celle relative à l'astigmatisme, à l'accommodation, à la presbytie, etc.

Ce traité est, nous le croyons, d'une utilité incontestable et permettra désormais aux médecins de se familiariser avec les lois de l'optique, considérée uniquement dans ses rapports avec l'examen de l'œil.

THÉRAPEUTIQUE

Potion contre la diarrhée catarrhale.

M. Potain, chez un malade âgé, atteint depuis longtemps d'une diarrhée catarrhale contre laquelle tout avait échoué, prescrivit la potion suivante :

Sulfate de quinine.	50 centigr.
Sirop de codéine	30 grammes,
Julep gommeux	100 —

F. S. A. A prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure. La dose de sulfate de quinine fut successivement élevée à 60, à 70, à 80 centigrammes, à 1 gramme.

Le malade guérit après un assez long usage de cette potion sans avoir présenté les accidents résultant de l'usage prolongé du sulfate de quinine.

Traitement de la coqueluche par les inhalations d'essence de térébenthine, par le Dr Baréty (de Nice.)

Il y a quatre ans environ, j'eus à soigner, dans une même famille, trois enfants atteints de coqueluche. Je les traitais par les moyens ordinaires, vomitifs, extrait de belladone, sirop de codéine, etc., mais sans résultat bien appréciable, lorsque en pleine période spasmodique de la maladie, j'eus l'occasion de faire une remarque extrêmement intéressante.

L'un des enfants, celui précisément qui était le plus violemment atteint, fut, par hasard, installé pour y dormir dans une chambre où les boiseries avaient été récemment peintes et laissaient exhaler une forte odeur d'essence de térébenthine. Or, il arriva que, dès ce moment, les quintes devinrent beaucoup moins intenses et fatiguantes, et que la maladie eut une durée bien moindre que chez les autres enfants.

Ce fait m'avait vivement frappé, et je ne doutai guère que cette amélioration rapide ne fût imputable à l'essence de térebenthine qui, se dégageant de la nouvelle peinture, imprégnait l'atmosphère de la chambre et était respirée par le jeune malade. Aussi je me proposai d'employer à l'avenir les inhalations d'essence de térébenthine. C'est ce que j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois et avec succès.

Voici comment je procède :

Je verse dans deux assiettes creuses de l'essence de térébenthine de manière à les remplir à moitié. Je place une des assiettes sous le lit et l'autre dans un coin de la chambre.

L'enfant ou les enfants dorment dans cette chambre toute imprégnée des vapeurs de l'essence de térébenthine, et y passent une partie de la journée.

L'essence est renouvelée toutes les fois qu'il est nécessaire. L'air est entièrement renouvelé dans la chambre une ou deux fois par jour.

Les quintes s'atténuent rapidement, la maladie prend un caractère de grande bénignité et ne dure guère qu'un mois en moyenne. (*Union médicale.*)

Traitement de l'eczéma chronique de la paume de la main, par Lush. (The British med. Journ., 22 nov. 1879.)

S'il y a surtout un état rhumatismal, les lésions suivantes sont presque spécifiques et très calmantes :

Bicarbonate de potasse............	4 grammes.
Bicarbonate de soude..............	8 —
Glycérine......................	4 à 20 —
Teinture d'opium.................	8 —
Eau............................	600 —

(*Lyon médical*, juillet 1880.)

Traitement de la diphthérie par le camphre phéniqué, par le Dr Pératé.

M. le Dr Pératé rapporte plusieurs cas de succès dans le traitement de la diphthérie par la mixture recommandée par le Dr Soulez, de Romorantin. Ce traitement consiste dans les badigeonnages avec un pinceau trempé dans la mixture suivante :

Phénol (acide phénique)...	9 grammes.
Camphre	25 —
Alcool..................	9 —

Etendue de partie égale d'huile, soit 35 grammes.

Les badigeonnages sont faits toutes les deux ou trois heures.

NOUVELLES

— Assistance publique — Le concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, ouvert le 28 janvier dernier, s'est terminé vendredi soir par la nomination des 46 candidats suivants, classés par ordre de mérite et qui sont entrés en fonction le 1er avril 1881 :

1. MM. Béhal, Duffoure, Dimanche, Ragoucy, Gallois, Vanoni, Duc, Demouzon, Bouiller, Canepin.

11. Paille, Thibault, Coué, Homo, Reimbourg, Camus, Lavoinne, Lutz, Lafon, Mesnier.

21. Meillère, Hébert, Planche, Pujos, Bardin, Grandpierre, Roguet, Chausse, Sallefranque, Mallat.

31. Henry, Bourgeois. Dienne, Radiguet, Roussel, Guillaume, Dervillez, Grimbot, Berthod, Boudier.

41. Prima, Gabriel, Winckler, Cartier, Bardin et Wagon.

La proclamation des noms a eu lieu dans la séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie le mercredi 30 mars 1881, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer par les récompenses suivantes :

Première division (troisième et quatrième années). — Prix, médaille d'or : M. Lafont (Jean-Larie-Justin), interne de troisième année à l'hôpital Trousseau (avec faculté de prolonger de deux ans, à partir du 1er avril 1882, ses fonctions d'interne dans les hôpitaux). — Accessit, médaille d'argent : M. Thomas (Frédéric), interne de troisième année à l'hospice de la Vieillesse (femmes). — Première mention honorable : M. Lambert (Charles-Désiré), interne de troisième année à l'hôpital des Enfants-Malades. — Deuxième mention honorable : M. Duché (Joseph-Gustave), interne de troisième année à la Charité.

Deuxième division (première et deuxième années). — Prix, médaille d'argent : M. Barruet (Charles), interne de première année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit, livres : M. Richard (Jean-Baptiste-Emile), interne de première année à l'hôpital du Midi. — Première mention honorable : M. Sonnié-Moret (Louis-Abel-Alexandre), interne de première année à l'hôpital des Enfant-Malades. — Deuxième mention honorable : M. Thabius (François), interne de première année à l'hôpital Lariboisière.

— Faculté de médecine. — *Prix Corvisart.* (Médaille d'or et 400 francs.) Le prix a été décerné à M. Charles Mouzon, externe du service de M. le professeur. Le sujet était *de la paraplégie.*

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 13 avril à 8 heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour :

1° Constitution médicale du mois de mars: policlinique.

2° Discussion sur le meilleur mode de nomination des médecins des bureaux de bienfaisance.

3° Lecture du rapport de M. le Maguet sur la vaccination et la revaccination obligatoires.

4° Rapport sur le service médical du bureau de bienfaisance du IV[e] arrondissement, par M. Commenge.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le D[r] Peter, ancien interne des hôpitaux de Paris, est institué suppléant des chaires de médecine pour une période de deux années.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La vapeur d'eau surchauffée employée comme agent thérapeutique, par le D[r] Labé, membre de la Société d'hygiène. In-8° de 116 pages avec 3 planches hors texte. 3 francs. A la librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel d'histoire naturelle médicale, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé chargé du cours de zoologie à la Faculté de médecine de Paris. 3[e] fascicule : (Fin de la Botanique, table), 1 volume in-18 de 250 pages, avec 200 figures dans le texte. 4[e] fascicule : (Zoologie, 1[re] partie), 1 volume in-18 de 200 pages, avec 180 figures dans le texte. La fin de la zoologie, qui terminera l'ouvrage, sera remise aux souscripteurs en avril 1881. L'ouvrage complet formera 2300 pages en 3 volumes avec 1800 figures dans le texte. 25 francs. A la librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Cinquième année, Méthode phéniquée, traitement et guérison du croup et de l'angine couenneuse, par le D[r] Bernier de Bournonville. 1 vol. in-8°. 2 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De l'involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences, par le D[r] Avrard. In-8°. 3 fr. 50. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De l'action de l'acide phénique sur les fébricitants, par le D[r] Van-Oye. In-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux, par le D[r] Vermeil. In-8°. 3 fr. 50. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur l'opération d'Emmet, déchirure du col de l'utérus, par le D[r] Fage. In-8°. 3 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur le diabète sucré chez les enfants, par le D[r] Leroux. 1 vol. In-8°. 5 fr. Paris Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Instruction pratique sur les maladies vénériennes à l'usage des gens du monde et de la jeunesse en particulier, par le D[r] G. Darin. In-18. 0 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Les dypepsies gastro-intestinales, clinique physiologique, par le professeur Germain Sée. 1 vol. in-8°. 10 fr., cart. 11 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

EAU PURGATIVE DE RUBINAT.

De toutes les eaux minérales l'eau de Rubinat étant celle qui purge le mieux sous le plus petit volume, cette eau a conquis la faveur du public. Mérite-t-elle la confiance des médecins ?

L'eau de Rubinat appartient à la grande famille des eaux Pyrénéennes. Elle jaillit à quelques kilomètres de la frontière française, dans le village espagnol dont elle porte le nom, au nord de la province de Lerida. La source, située au centre d'une vallée pittoresque, émerge dans une galerie creusée au-dessus du *torrent salé*, au milieu de terrains formés de bancs de gypse, de marne et de calcaire.

Sa température à la source est de 13°. Claire et transparente, sa saveur est salino-amère. La chaleur et la lumière n'altèrent ni ses caractères physiques ni ses propriétés. A basse température, une partie de ses sels se cristallise au fond d'une bouteille, pour se redissoudre lorsque le thermomètre s'élève. Sa composition chimique, d'après le rapport de l'Académie de médecine, est la suivante : Pour 1.000 gr. (1 litre).

Sulfate de soude	96 gr. 265
— de magnésie	3 — 268
— de potasse	0 — 239
— de chaux	1 — 949
Chlorure de sodium	2 — 055
Silice, alumine et oxyde de fer	0 — 038
	103 gr. 814

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les chiffres qui précèdent pour reconnaître que l'eau de Rubinat est bien, avec sa riche minéralisation, le prototype des sulfatées sodiques, et que, dès lors, elle doit posséder les propriétés thérapeutiques des purgatifs salins. Ces actions curatives multiples, si importantes qu'elles dominent peut-être toute la matière médicale, il serait oiseux de les énumérer à des praticiens les utilisant tous les jours. Ce qui n'est pas hors de propos, c'est d'appeler l'attention du corps médical français sur des manœuvres peu loyales mises en jeu contre l'eau de Rubinat par le commerce allemand.

Dans un prospectus germanique, distribué à profusion, on a comparé des chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Rubinat, à d'autres chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Bude, et on est arrivé à cette conclusion inattendue, que la proportion de sel purgatif de l'eau pyrénéenne est moindre que dans l'eau d'outre-Rhin.

Le tableau paraît exact : les chiffres sont officiels, mais, par malheur, l'analyse de l'eau de Bude porte sur dix mille grammes, tandis que l'analyse de l'eau de Rubinat ne porte que sur mille. Cela, les honnêtes Allemands ne le disent point.

La fraude a été courageusement dénoncée à la presse scientifique par M. Constantin Paul, secrétaire général de la Société de thérapeutique, et alors les Basiles de l'hydrologie ont essayé une autre calomnie. L'eau de Rubinat, ont-ils dit, pourrait ne pas être une eau naturelle. Elle est trop riche en sulfate de soude. On l'en a peut-être saturée artificiellement.

Cette insinuation aura le sort du tableau comparatif, les médecins n'en tiendront pas compte. Au lieu d'ajouter foi à des cancans intéressés, il écouteront la voix des hydrologistes compétents. Les documents officiels communiqués par eux aux sociétés savantes de France et d'Espagne établissant bien nettement que l'eau sulfatée sodique de Rubinat est saturée par la nature, les praticiens continueront à en faire usage sans arrière-pensée, et lorsque le hasard les appellera du côté des Pyrénées, qu'ils en profitent pour aller visiter la source la plus purgative du monde. A plusieurs mètres de distance ils verront, surtout en hiver, d'énormes masses cristallines blanches, semblables à des glaçons gigantesques détachés des hauteurs voisines. Ce sont des blocs naturels de sulfate de soude dont la vue convaincrait les plus incrédules.

A la dose d'un simple verre à Bordeaux (100 à 140 grammes), l'eau de Rubinat produit l'effet énergique d'une bouteille de Sedlitz ou de limonade Rogé. On facilite cette action et on évite l'irritation intestinale en prenant immédiatement après une tasse de thé léger, ou simplement un verre d'eau sucrée.

A la dose minime de 5 à 8 grammes, continuée pendant plusieurs jours, l'eau de Rubinat entretient simplement la liberté du ventre et régularise les excrétions. Il suffit, dans tous les cas, de se rincer la bouche avec un peu de rhum ou de sirop de menthe, pour faire disparaître le goût salino-amer de ce purgatif que les personnes délicates et les enfants eux-mêmes prennent avec la plus grande facilité. D[r] J.-J. Dupont.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, Succ[r] rue M-le-Prince, 31.

Librairie médicale de O. BERTHIER
Paris, — 104, boulevard St-Germain, — Paris

VIENT DE PARAITRE :
MALADIES CANCÉREUSES, Observations par le Dr GÉRARD VON SCHMIT, médecin et chirurgien du Collège de New-York, Agrégé de Saint-Pétersbourg, etc., in-8°. Prix : 1 fr. 50.

Sous presse pour paraître prochainement : Des affections cancéreuses et de leur traitement, par le même auteur. — De la Carie des Os, par le même. — Diagnostic des Maladies de la Moelle épinière, par le Dr D. W. R. GOWERS, traduit de l'anglais par le Dr O. Jennings.